

地域施設通所精神障害者の身体的健康の現状

西 村 伸

〔抄 録〕

精神障害者は、一般人口に比較して身体疾患を持つ比率が有為に高い。それにもかかわらず、精神障害者は身体疾患に関する一般医療を享受することが困難な現状にある。国の施策の中で、精神科入院患者の社会的入院の解消が謳われているが、その社会的入院患者に多くは身体疾患を抱えている。単に精神科病院から退院するだけでは、社会的入院の根本的な解消には結びつかない。地域施設は、退院後の地域生活を保障し、就労継続や就労移行につなげる場として機能している。しかし、現在の地域施設通所精神障害者には、身体的健康に関する自己管理ができておらず、地域施設通所精神障害者に慢性疾患で医師にかかる比率は約6割である。

本論文は、地域施設に通所する精神障害者が一般人口と同様に健康に生きる存在として捉え、地域施設通所精神障害者の身体的健康の現状について論じる。

キーワード：精神障害者、一般医療、身体的健康、慢性疾患

1. は じ め に —— 日本の医療の状況

現在の日本の社会ですべての人が健康に生きる社会になっているのか。一般的に、日本の医療制度の水準は高い。医療保険制度が整い、国民がほぼ一律の負担で同様の医療サービスを享受できる。

しかし、GDP比の医療費水準は経済協力開発機構（以下、OECD）に加盟する先進国30か国の平均を下回っている。2004（平成16）年のGDP比の医療費水準を見ると、OECD先進国7か国の中で日本は最下位になっている⁽¹⁾⁽²⁾。主要各紙では、医療崩壊に関して多くの特集が組まれ、関連するルポルタージュも刊行されている⁽³⁾⁽⁴⁾。このような一般医療の制度のほころびは、低所得者、野宿生活者、要介護高齢者など社会的弱者に集中しており、その結果として、不健康に結びつき、最終的には、彼らは本来ならば避けられるはずの死に至る可能性を抱えている⁽⁵⁾⁽⁶⁾。

2. 地域施設通所精神障害者の身体的健康を取り上げる意義

1) 一般医療を受けることの困難さ

精神障害者は、一般人口に比較して身体疾患を持つ比率が有為に高い。それにもかかわらず、精神障害者は一般医療を享受することが困難な現状にある。これまで精神障害者の一般医療に関しては、精神保健法第48条の「精神障害者の施設外収容禁止規定」、医療法施行規則第10条の「一般科入院禁止条項」があり、精神障害者の一般科での入院治療が制限されてきた。また、実際に、精神障害者の一般医療について争われた裁判事例⁽⁷⁾⁻⁽¹⁰⁾がいくつかあり、精神障害者が一般医療を一般人口と同様に享受できていないと思われる。また、精神障害者が身体疾患を抱えた場合、患者の治療拒否があることや、治療に関する指示が守れないこと、精神症状のために治療に無気力・無関心であること、幻聴や妄想のために奇異な言動をすること、医師や看護師とのコミュニケーションが成立しにくいことなどがある⁽¹¹⁾。したがって、一般医療機関での治療を拒否することもある⁽¹²⁾。また、精神障害者は抗精神病薬の服用により、疼痛の訴えが隠されたり、疼痛自体を感じず手遅れで、身体疾患が発見されることがある⁽¹³⁾。しかし、それ以上に、身体疾患を抱えた精神障害者には、一般医療システムの不備の問題が大きい。2004年6月現在で全国で合併症病棟数は38施設、病床数は1224施設しかなく、府県によっては合併症病棟を持っていない⁽¹⁴⁾。

2) 精神障害者の社会的入院の解消

国の施策の中で、精神科入院患者の社会的入院の解消が謳われているが、その社会的入院患者に多くは身体疾患を抱えている。単に精神科病院から退院するだけでは、社会的入院の根本的な解消には結びつかない。地域施設は、退院後の地域生活を保障し、就労継続や就労移行につなげる場として機能している。しかし、あとで述べるように、地域施設通所精神障害者の身体的健康の状態は低い。精神障害者がよりよい地域生活を維持できるためにも、地域施設精神障害者の身体的健康について取り上げる意義は大きいと思われる。

3. 精神障害者の身体的健康

1) 戦前、戦中の精神障害者の身体的健康

精神障害者の身体的健康はどのように扱われてきたのか。戦中、日本では、国民全体が戦力として捉えられていた。したがって、強い国民が求められ、障害者も戦争に活用されることはあったものの、総じて精神障害者は、健康が保障されなかった⁽¹⁵⁾。

内村ら⁽¹⁶⁾による「戦時下の精神病院統計」では、松沢病院の精神科入院患者において、戦争により増加した疾患は、結核、消化器疾患、衰弱であったと報告している。また、死亡には

至らないが、ビタミン欠乏症によって夜盲症が増加し、一部の患者は角膜炎を起こして失明したと報告している。これらの身体疾患が増加したことと、戦争による食事の栄養の偏りとの関係があると述べられている。

立津⁽¹⁷⁾による「戦争中の松沢病院入院患者死亡率」では、松沢病院の入院患者において、栄養失調、胃腸炎、脚気などの栄養障害による死亡が 1944 (昭和 19) 年には全死因の 50.5%、1945 (昭和 20) 年には 62.3% であったと報告している。また、その他に進行麻痺、非結核性呼吸器障害などの死因が増加したとしている。これらの死因が増加した理由は、戦争の影響による食糧不足であった。

総じて、戦前、戦時中の精神科入院患者の死因としては、結核、衰弱、進行麻痺、胃腸炎などが多い。戦争の拡大とともにビタミン欠乏症や栄養失調症など加わり、精神科入院患者の死亡率が増加している。

2) 現在の精神障害者の身体的健康

諸外国では疫学調査から統合失調症をはじめとする精神疾患の患者の死亡率や死亡原因が明らかにされている。ノルウェーやアメリカの場合、統合失調症の患者の死亡率は一般人口に比較して約 2 倍であり、平均余命は一般人口に比較して約 20% 低い結果が得られている⁽¹⁸⁾。死亡原因は、自殺や事故が最も多いが、身体疾患は統合失調症の患者に多く見られる。統合失調症の患者では、入院患者の約 46 ~ 80% に身体疾患があり、外来患者の 20 ~ 43% に身体疾患があることが明らかにされている。

現在の日本での精神障害者の死亡率や死亡原因に関する疫学調査は、少数にとどまる。また、疫学調査の規模も一精神科病院の統計に過ぎないものが多い。

篠崎⁽¹⁹⁾は、精神障害者の死亡原因に関して、1968 (昭和 43) 年 ~ 1970 (昭和 45) 年の神奈川県精神科病院 1 施設の精神障害者の院内死亡精神障害者と神奈川県の一般人口の死亡者とを比較し分析している。結果、精神科病院入院患者の死亡率は、一般人口に比較して著しく高く、男性 6.8 倍、女性 7.5 倍であった。死亡原因は、脳血管疾患が最も多く、次いで肺炎・気管支炎、心臓疾患の順であった。

松下⁽²⁰⁾は戦後 28 年間の松沢病院入院中に死亡した 973 例の死因を継時的に分析し、薬物療法の導入にともない、結核、消化器疾患、進行麻痺などが激減し、呼吸器系疾患、悪性腫瘍、自殺、窒息が激増したことを指摘している。

都築⁽²¹⁾は、1969 (昭和 44) 年から 5 年間に群馬県全精神科病院 17 か所で入院中に死亡した 695 例に関して、一般人口と比較して調査した。一般人口に比較して、自殺が 28 倍、肺炎・気管支炎が 13 倍、結核が 9 倍、老衰が 8 倍、脳血管疾患が 2.5 倍、心疾患が 3.2 倍、であった。さらに原因の不明な突然死がかなりの割合で含まれていた。精神科病院入院患者の平均死亡率は一般人口の約 6 倍であると報告している。

藤岡ら⁽²²⁾は、精神科入院患者の突然死について、精神科病院一施設の入院患者を対象に調査している。結果として、一般人口の突然死が1,000人あたり0.56～1.45に発生するのに対して、精神科病院入院患者では一般人口の約5倍で突然死が発生すると報告している。その原因としては、保護室などの閉鎖的環境で、患者が精神的、身体的に不安定な上に、抗精神病薬の影響、交感神経の興奮、喫煙、多飲傾向、低体温、早朝などの要素が加わって、突然死が惹起される複合的な因子が考えられるとしている。

一杉⁽²³⁾は、精神障害者では自覚的愁訴、他覚的所見に乏しいこと、運動不足、過食といった生活習慣の乱れがあること、一般入院患者に比して一般臨床検査の施行頻度が少ないことなどにより結果的に突然死になる例があることを述べている。

これらの報告から、全身衰弱、自殺、突然死など、精神疾患特有の死因が多いが、それ以外の、慢性疾患に起因する死因や、薬物治療の原因を否定できない死因、「不慮の事故」的な死因が多いことが示されている。また、突然死の背景として、身体合併症によるものが含まれることが示されている。

3) 一般人口と精神障害者の身体疾患の有病率の比較

精神障害者に関する死亡原因の比較は諸外国でも行われているが、有病率の比較はあまりなされていない。医療職の臨床経験やソーシャルワーカーの実践経験から見ても、精神障害者は各種の慢性疾患を抱えているという印象が強い。今後、精神保健の分野での調査研究が行われることを待たざるを得ないが、一般的に精神障害者に身体疾患の有病率が高いことは指摘できる所である。

越野⁽²⁴⁾は、諸外国の身体合併症に関する文献を検討した結果、1) 統合失調症患者には身体疾患の合併が多いこと、2) 入院患者、外来患者、デイケア患者、精神科救急受診など、様々な患者を対象とした研究の結果をまとめると、入院患者では約40～60%、外来患者では20%前後に身体合併症が認められること、3) いずれの研究も、統合失調症患者は身体疾患を有する危険性が高く、しかもその存在に気付かれておらず、治療を受けていないことが多いこと、を述べている。

Lima⁽²⁵⁾によれば、アメリカの州立病院の半数が、統合失調症患者529人のうち200人に291の身体疾患が見出されているという。頻度の多いものから、けいれん性疾患などの神経疾患、糖尿病などの内分泌および栄養疾患、高血圧などの心循環器系疾患、呼吸器系疾患、肝炎などの消化器系疾患の順である。このように、精神障害者では、身体合併症を抱えた患者が多いことが指摘できる。

諸外国では、精神障害者を対象にした慢性疾患に関する有病率比較が少ないものの行われている。一般的には、統合失調症患者では、リウマチや一部の悪性新生物の有病率が少ないとされているが、結核やMRSAなどの感染症、糖尿病、高血圧、高脂血症、脂肪肝などの慢性疾

患が多いとされている。

国内で、一般人口の有病率と精神障害者の有病率を比較した統計は極めて少ない。そうした中で、一地域で行われた精神科病床に入院する患者と一般人口の有病率を比較した細見ら⁽²⁶⁾の研究は、精神障害者の身体的健康を保つための資料として有用であると思われるので、ここで引用したい。

細見らは、宮崎県内の精神科病床に入院している患者の中から、満 40 歳以上の者について調査している。調査対象の精神科病床は、県内の 97.9% に相当している。慢性疾患の有病率は、肥満、喫煙習慣、心電図異常、高血圧症、糖尿病などの生活習慣病の危険因子を有する者の割合は一般住民に比較して明らかに高い傾向が示されている。たとえば、一般住民において高血圧症では年齢が上がるにしたがって高くなるのは精神障害者でも同様であるが、一般住民に比較して明らかに高い傾向が示されている。一般住民に比較してその値は高く、また年齢区分が上がるにしたがってこれは次第に上がる傾向が認められている。糖尿病では 70 歳未満までの一般住民においては年齢が上がるにしたがって上昇が認められるが、精神障害者では高い傾向が認められる。

以上のように、精神障害者では、一般的に生活習慣病をはじめとする身体疾患を有している比率が高い傾向が示されている。

4) 精神障害者の身体的健康に関する入院群・デイケア群・地域施設群・外来群の比較

一般人口と比較して精神障害者の死亡率が高いことが示された。また、精神障害者が様々な身体疾患にかかっている現状を示した。ここでは、精神科に長期間入院している精神障害者の群（以下、入院群）と精神科デイケア施設に通院している精神障害者の群（以下、デイケア群）、小規模作業所、通所授産施設、地域活動支援センター、障害者自立支援法における日中活動系の事業所などの地域施設を利用している精神障害者の群（以下、地域施設群）、精神科に通院している精神障害者の群（以下、外来群）に分け、精神障害者の身体疾患と生活の質、能力障害との比較により身体的健康の現状を明らかにしたい。

方法は、精神医学、精神科看護、精神保健福祉、精神科リハビリテーションの研究誌、学会誌を中心に先行研究に当たっている^{(27)~(37)}。先行研究の選定に関しては、a) 1980 年代以降から現在までに行われた精神障害者の身体的健康に関する研究であること、b) 入院群、デイケア群、地域施設群、外来群のうちいずれか 2 つ以上で比較されていること、c) 有意差が見られたもの、あるいは有意差は認められない程度であっても大きな差が認められるものであること、の 3 点に着目した。これらの文献から、総じて下記の 4 点の傾向が導き出された。ただし、ほとんどの研究、研究、報告は、一施設、一地域を対象にしたものにとどまるため、単純に比較検討はできない点は留意していただきたい。

① 他と比較して、入院群に身体疾患を持つ精神障害者が多い。

入院群では他の群と比較して、身体疾患を持つ精神障害者が多い。特に、長期入院患者に身体疾患が多い。長期間入院を継続しているために高齢化の影響が大きい。それに加えて、長期間の入院生活による運動不足や画一的な生活の影響が指摘できる。

② 他と比較して、入院群では日常生活および社会生活の自立度が低い。

入院群では、Basic Activities of Daily Living（基本的日常生活動作。以下、BADL。）、Instrumental Activities of Daily Living（手段的日常生活動作。以下、IADL。）、Activities of Daily Living（日常生活動作。以下、ADL。）全体ともに、比較して低い。

BADLとは、歩行や移動、食事、更衣、入浴、排泄、整容などの身の回りの基本的な身体動作を言う。IADLとは、交通機関の利用や電話の応対、買い物、食事の支度、家事、洗濯、服薬管理、金銭管理など、自立した生活を営むためのより複雑でより多くの労作が求められる活動を言う。ADLはこの2つのBADLとIADLを含む日常生活の動作のことである。

また、Global Assessment of Functioning Scale（全般的機能評価尺度。以下、GAF）の数値では、入院群は、地域生活群、外来群よりも低い。GAFとは、専門家による行動観察によって社会的機能、職業的機能と心理的機能（精神症状の重症度）を総合的に評価する社会機能評価尺度の1つである。

入院群では、他の群に比較して日常生活能力、社会生活能力に関して低いという結果が出ている。このような日常生活、社会生活の自立度の低さは、これまでの長期に渡る精神科入院の弊害にあると考えられる。

③ 入院群が最も身体的調査項目、血液生化学的調査項目の数値が良く、デイケア群、外来群と順に、身体的調査項目、血液生化学的調査項目の数値が異常値になる。

外来群、デイケア群に比べて入院群では、比較的体重が標準であること、Body Mass Indexが低いこと、高血圧でないこと、中性脂肪値が低いこと、総コレステロール値が低いこと、HDL-コレステロール値が低いことが特徴として挙げられる。外来群、デイケア群では異常値を示している。

④ 精神障害者は身体的健康に関する自己管理能力が低い。

ここで問題となるのが、なぜ、入院群に身体疾患を抱えた群が多い割には、身体的調査項目、血液生化学的調査項目の数値が正常値を示すのか、という点である。逆に、デイケア群や外来群に身体的調査項目、血液生化学的調査項目の数値が異常値を示すのか、という点である。

入院によって、精神障害者の多くが、精神疾患だけでなく身体疾患を治療している可能性が考えられる。精神科の入院治療が精神障害者の食生活を支えることに行われている実情がある。

すなわち、地域生活をする精神障害者には自己管理能力が求められるが、多くの地域生活をする精神障害者にとってはそれが困難である。とりわけ、長期入院を経験した群では、その能力が低い。したがって、地域生活をする精神障害者では潜在的な慢性疾患の予備群であると考えてよいだろう。

次章では、地域施設精神障害者の身体的健康の状況について、全国、京都府府内施設、京都府内一施設を比較した結果と考察を報告する。

4. 地域施設精神障害者の身体的健康の状況 ——「からだの健康アンケート」より

1) 調査概要

「からだの健康アンケート」

あなた自身について当てはまるものに○をおつけください。

1. 性別（一つ○をつけください）

男性 ・ 女性

2. 年齢（一つ○をつけください）

～19歳 ・ 20～29歳 ・ 30～39歳 ・ 40～49歳 ・ 50～59歳 ・ 60歳～

3. 現在、医者にかかっている慢性のからだの病気はありますか。（当てはまるものすべてに○をつけてください）

- | | | |
|--------|------------------|-------------------|
| 1) ない | 7) 肝臓病 | 13) 更年期障害 |
| 2) 心臓病 | 8) 腎臓病 | 14) アレルギー疾患（喘息など） |
| 3) 高血圧 | 9) 貧血 | 15) 歯の病気 |
| 4) 低血圧 | 10) 神経痛・関節炎・リウマチ | 16) その他 |
| 5) 糖尿病 | 11) 腰痛症 | () |
| 6) 胃腸病 | 12) 自律神経失調症 | 17) 不明の病気 |

※この調査は精神に障害をもつ人の地域生活支援に役立てるものであり、内容に関して、個人や施設名を特定する利用はいたしません。

《ご協力ありがとうございました》

本調査は、京都府内の地域施設の精神障害者を対象にした、からだの健康の状況を把握する調査である。

【時期】

平成 19 年 5 月～ 10 月

【対象】

京都府内の小規模作業所、授産施設、地域活動支援センター、日中活動系の障害福祉サービス事業所などの地域施設を利用する精神障害者。12 施設 240 人。

【方法】

京都精神保健福祉施設協議会に加盟する事業所に対して、アンケートを送付。事業所の職員より各利用者に対して説明をしていただく。回答の返信のあったものに対して、結果を出す。

【内容】

対象者の性別。対象者の年齢。医療機関を受診している慢性疾患の種類（詳細は pp. 113, 「からだの健康アンケート」調査票」を参照のこと）。

調査内容に関しては、全国精神障害者家族会連合会が発行している「社会参加についての意識と実態についてのアンケート調査」⁽³⁸⁾（以下、全家連調査）の慢性疾患の有無に関する項目を参照して作成した。

2）結果

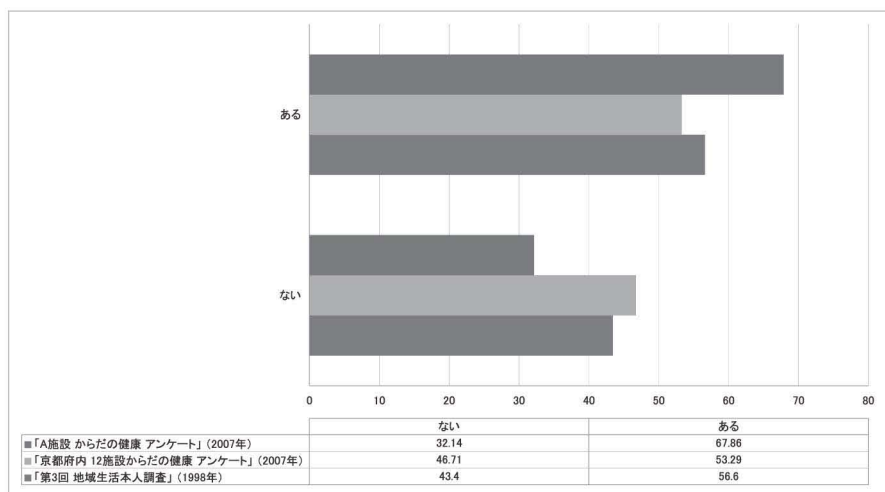
対象者 12 施設 240 人の中から、167 人より回答があった。有効回答数も 167 件である。回収率は、69.6%。そのうち、京都府内の小規模作業所 1 施設（以下、A 施設）に関しては、個別面接による聞き取りの方式を採用している。

今回の調査は、1）全家連調査、2）京都府内の地域施設の「からだの健康アンケート」結果（以下、京都府内調査）、3）A 施設の「からだの健康アンケート」結果（以下、A 施設調査）を比較・検討している。

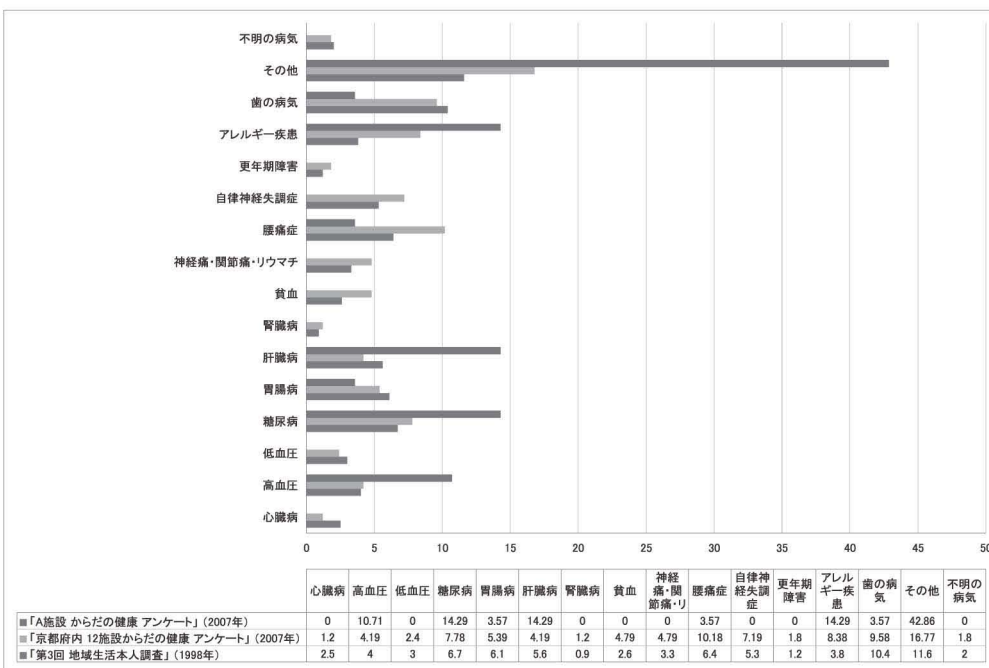
① 地域施設通所精神障害者は、身体疾患を持ち医療機関に通院している比率が、約 5 割から 6 割である。

全家連調査では、何らかの身体疾患を有して、医療機関に通院している比率は約 5 割である。京都府内調査でも同様に、約 5 割が何らかの身体疾患を持ち、医療機関に通院している。A 施設調査では約 6 割が何らかの身体疾患を持ち、医療機関に通院している。

② 地域施設精神障害者には、糖尿病、高血圧、肝臓病などの慢性疾患を抱えている率が高い。地域施設精神障害者に関して、全国調査、京都府内調査、A 施設調査とも、様々な身体疾患を抱えていることがうかがえる。特に、地域施設精神障害者のうち、糖尿病が約 7 %～



図表 1 地域施設通所精神障害者の身体疾患の有無 (%)



図表 2 地域施設精神障害者の身体疾患の状況 (%)

14%、高血圧が約 4 %～ 11%、肝臓病が約 4 %～ 14% であることが示された。

3) 考察

3 つの調査で比率に大きな差がある要因としては、次の 4 点が考えられる。

第一には、A 施設調査では調査した母数が少ないことによる要因である。3 つの調査の母数は、全家連調査が 1,994 人、京都府内調査が 167 人、A 施設調査が 28 人である。単純にこれらの調査を比較することは困難である。

第二には、調査に同意した人の数の違いである。3 つの調査とも同意の得られた利用者に行っているが、A 施設調査では調査を拒否した人の数が極めて少数に限られている。したがって、A 施設調査では本当に身体的健康に問題のある利用者になで調査を行うことができる。

第三には、調査方法の違いによる要因である。全家連調査と京都府内調査は書面調査で行っている。しかし、A 施設調査では、面接室対象者と調査者の一対一の聞き取り調査である。したがって、正確に疾患名について聴取できる利点があったと考えられる。

第四には、身体疾患に関する一般医療を享受できるかという問題である。精神障害者の一般医療の享受は困難な現状にある。身体疾患をかかえた精神障害者が地域生活を維持できるかは、その地域社会の医療システムの状況に左右される。A 施設の周囲には、精神科の医療機関が多いだけでなく、糖尿病や高血圧、脂肪肝、高脂血症を抱えた精神障害者のための医療システムもある。したがって、A 施設の身体疾患を抱えた精神障害者は、地域生活を継続することが比較的可能になっていると思われる。

これら 4 点の要因から、地域施設通所精神障害者には、一般的に考えられるより慢性疾患を抱えている可能性が指摘できる。

5. お わ り に

一般医療の保障はすべての人にとって開かれた制度である。しかし、現実には、一般医療を享受できない結果として、避けられるはずの不健康状態に陥り、最終的には、避けられるはずの死に至ることもある。

精神障害者に関しては、戦前、戦中を通して、健康が保障されず、結核や栄養障害による身体疾患を抱える率が高かった。現在では、精神障害者が身体疾患を抱える率は高く、結核や MRSA などの感染症、糖尿病、高血圧、高脂血症、脂肪肝などの慢性疾患が多い。精神障害者が身体疾患を抱える率は、一般人口に比較しても高いものである。

特に、精神障害者には身体的健康に関する自己管理能力が低いため、入院群よりも地域生活をする精神障害者には身体疾患を抱える可能性が高い。京都府内の地域施設の利用者 167 人に対して行った「からだの健康アンケート」と A 施設で行った同様の聞き取り方式の調査、全国の地域施設通所精神障害者を対象にした「慢性疾患の有無」に関する調査項目を比較した結果、地域施設通所精神障害者は、様々な身体疾患を抱えており、糖尿病・高血圧・肝臓病などの慢性疾患を抱えている比率が高いことが明らかとなった。

これらを踏まえ、今後、地域施設通所精神障害者に対する聞き取り調査を行い KJ 法分析をした結果を、今後、本紀要に報告したいと思う。

〔注〕

- (1) 二木立「二木教授の医療時評 その 17 日本の医療費水準は 2004 年に主要先進国中最下位となった」、『文化連情報』日本文化厚生農業組合連合会, 331 号, 2005 年, pp. 30-32.
- (2) 二木立「二木教授の医療時評 その 47 厚生労働省が医療費・医師数抑制政策の軌跡修正を考えた?」、『文化連情報』日本文化厚生農業組合連合会, 355 号, 2007 年, pp. 36-38.
- (3) 田辺功「ドキュメント医療危機」、『朝日新聞』2007 年 4 月～2007 年 7 月連載など
- (4) 小松秀樹著『医療崩壊——「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社, 2006 年.
- (5) 近藤克則「医療制度改革と健康格差」, 鉄道弘済会社会福祉部『社会福祉研究』, 第 100 号, 2007 年, pp. 111-119.
- (6) 近藤克則著『健康格差社会——何が心と健康を蝕むのか』医学書院, 2005 年, p. 29.
- (7) 「地域の中核病院である県立病院で、血液透析を必要とする腎不全患者に精神疾患があることを理由に透析療法導入を断って患者が死亡した事案につき、右療法を拒んだ同病院の医師に裁量範囲内逸脱の過失があるとされた事例〔宮崎地裁平三(ワ)第六四五号, 損害賠償請求事件, 平 8・3・18 民事第二部判決, 一部許容・控訴〕」, 『判例タイムズ』判例タイムズ社, 48(6), 1997 年, pp. 202-219.
- (8) 「病院に入院中の患者が、同室の精神障害者から角材で頭部等を殴打されて死亡した場合、医師に入院患者に対する安全配慮義務があったとして、病院側の損害賠償責任が認められた事例〔大津地裁平九(ワ)第八四号, 損害賠償請求事件, 平 12・10・16 民事部判決, 一部認容・確定〕」, 『判例タイムズ』判例タイムズ社, 54(3), 2003 年, pp. 277-283.
- (9) <http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/D8D8D261FA86BA8D49256D3D003143E7.pdf>, 「平成 11(ワ)12838 損害賠償請求事件 平成 15 年 05 月 30 日 大阪地方裁判所」, 2007 年 11 月 1 日取得.
- (10) 「精神科病院に入院中の患者が消化管出血による嘔吐等の際に吐物を誤嚥して窒息死した場合において担当医に転送義務違反等の過失があったとした原審の判断に違法があるとされた事例」, 『判例タイムズ』判例タイムズ社, 58(18), 2007 年, pp. 176-188.
- (11) 山崎友子「身体合併症のために総合病院一般病棟に入院した統合失調症慢性期の患者の特徴と対応」, 精神科治療学編集委員会編『精神科治療学』星和書店, 20(6), 2005 年, pp. 575-580.
- (12) 小森薫, 楠和憲, 尾崎紀夫, 大竹なほ代, 武市幸子, 藤田潔史, 伊藤哲彦「腎透析を必要とした精神分裂病の 2 症例」, 『精神医学』医学書院, 1998 年, 40(4), 1998 年, p. 442-443.
- (13) 吹野治, 坂本泉, 柏木徹, 福岡悦夫「精神分裂病における消化性潰瘍——疼痛の訴えがない例の特徴」, 医学書院編『精神医学』医学書院, 38(10), 1996 年, pp. 1079-1082.
- (14) 厚生労働省「病院報告(平成 16 年 6 月分)」2004 年.
- (15) 清水寛「第 2 次世界大戦と障害者 1 太平洋戦争下の精神障害者・ハンセン病者の生存と人権」, 埼玉大学教育学部編『埼玉大学紀要. 教育科学』埼玉大学, 39(1), 1990 年, pp. 19-45.
- (16) 内村裕之, 古川復一「戦時下の精神病院統計」, 日本精神神経学会『精神神経学雑誌』日本精神神経学会, 44(10), 1940 年, pp. 834-835.
- (17) 立津政順「戦争中の松沢病院入院患者の死亡率」, 日本精神神経学会『精神神経学雑誌』日本精神神経学会, 60(5), 1958 年, pp. 596-605.
- (18) Michiel G. Gelder, Juan Jose Lopez-Idor, Nancy M.D. Andreasen 『New Oxford

Textbook of Psychiatry (Volume. 1)』, Oxford University Press, 2003 年, pp.591-592.

- (19) 篠崎英夫「精神障害者の死亡に関する記述疫学的研究」, 日本公衆衛生学会『日本公衆衛生雑誌』日本公衆衛生学会, 19 (12), 1972 年, pp.645-656.
- (20) 松下正明, 町井洋子「突然死と向精神薬」, 『精神医学』医学書院, 5, pp.1181-1191.
- (21) 都築等, 湯浅修一「精神科在院者の死亡に関する疫学的研究」, 日本精神神経学会『精神神経学雑誌』日本精神神経学会, 83 (5), 1981 年, pp.275-304.
- (22) 藤岡耕太郎, 斉藤陽子, 竹田康彦, 木村光男, 脇元安, 森山成彬, 齋藤雅「精神科病院入院患者の突然死」, 『精神医学』医学書院, 2001 年, 43 (9), pp.1027-1036.
- (23) 一杉正仁, 重田聡男, 高津光洋「施設内で死亡した精神病者の部検例から見た死因について」, 『犯罪誌』, 6, 1999 年, pp.235-240. 一杉正仁「精神病者の突然死」, 『精神医学』医学書院, 44 (1), 2002 年, p.109.
- (24) 越野好文「身体合併症」, 精神医学講座担当者会議監, 佐藤光源, 井上新平編『統合失調症ガイドライン』医学書院, 2004 年, pp.302-308.
- (25) Lima B.R, 「Concurrent medical and psychiatric disorders among schizophrenic and neurotic outpatients」, 『Community Mental Health Journal』, 23 巻, 1987 年, pp.30-39.
- (26) 細見潤, 馬場文子, 林チエ子「精神科病床入院患者の健康診査体制に関する研究」, 日本精神神経学会『精神神経学雑誌』日本精神神経学会, 1995 年, 97 (2), pp.117-135.
- (27) 坂西信彦, 井口喬, 桜木章司, 井上悟「精神分裂病の長期入院化に関する研究——高齢患者を中心に——」, 日本社会精神医学会『社会精神医学』星和書店, 13 (1), 1990 年, pp.42-50.
- (28) 宮田量治, 山岸由幸, 藤井康男, 北村俊則「長期入院を経験した慢性精神分裂病患者の quality of life (QOL) について——予備的報告——」, 日本社会精神医学会雑誌『日本社会精神医学会雑誌』星和書店, 2 (1), 1993 年, pp.73-78.
- (29) 秀野武彦, 浅井邦彦, 大久保善朗, 融道男「慢性精神分裂病患者の肥満対策」, 『精神科治療学』星和書店, 12 (12), 1997 年, pp.1423-1429.
- (30) Yumiko IDO, Junko MAKINO, Ryoko OKUSHIMA, Shigetoshi TSUTSUMI 「Factors on life-style-related disorders found in day-care schizophrenics」, Aino Gakuin 『AINO JOURNAL』Aino Gakuin, Vol.1, 2002, pp.29-33.
- (31) 竹島正「サービスニーズ調査の結果からみたわが国の精神医療の現状と将来像」, 日本精神神経學會『精神神経學雑誌』, 2004 年, 106 (9), pp.1144-1151.
- (32) 西浦信博, 三浦康司, 渡部みき「精神科病院における日常生活活動に関する研究 第一報 入院患者ならびに社会復帰施設入所者の IADL・BADL 調査」, 日本精神科病院協会『日本精神科病院協会雑誌』日本精神科病院協会, 2004 年, pp.356-367.
- (33) 西浦信博, 三浦康司, 笹岡晋二, 大里祥, 古池啓孝, 古川清和「精神障害者社会復帰施設の役割・機能に関する調査研究」, 日本精神科病院協会『日本精神科病院協会雑誌』日本精神科病院協会, 24 (7), pp.723-726.
- (34) 掛川秋美, 真崎直子, 清原千香子, 椎木千賀夫, 下野正健「精神障害者の生活の質向上と社会資源との関連性」, 『精神医学』医学書院, 47 (3), 2005 年, pp.253-259.
- (35) 澤澤「精神疾患を持つ人にとっての食」, 日本精神科病院協会『日本精神科病院協会雑誌』日本精神科病院協会, 25 (5), 2006 年, pp.484-487.
- (36) 小渡敬, 仲里恵, 比嘉貴代, 藤原香織, 山本俊二「精神科病院の食を考える——平和病院における肥満調査とダイエットプログラム」, 日本精神科病院協会『日本精神科病院協会雑誌』日本精神科病院協会, 25 (5), 2006 年, pp.524-531.
- (37) 澤澤「分裂病入院患者の身体的健康度の研究」, 『厚生労働省科学研究費補助金（障害保健福祉経

合研究事業, 主任研究者: 渡邊能行) 分担報告書, 精神障害者等が快適に安全に生活するためのインフラ整備に関する研究——身体合併症, アメニティ, 身体健康度と QOL について』2003 年, pp. 7-24.

- (38) 全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所編『地域生活本人の社会参加等に対する意識と実態 '98 —— 第 3 回地域生活本人調査 ——』全国精神障害者家族会連合会, 2000 年, (全家連保健福祉研究所モノグラフ No. 27).

〔付記〕

調査では, 京都精神保健福祉施設協議会及び各施設に協力いただいた。関係機関・関係施設に感謝申し上げます。

本研究は, 平成 19 年度佛教大学大学院社会福祉学研究科社会福祉学専攻 修士論文「地域施設通所精神障害者の身体的健康の現状と課題 —— A 施設利用者の聞き取り調査を中心に ——」の一部の加筆・修正したものである。

また, 日本ヒューマン・ケア心理学会第 10 回大会 (平成 20 年 9 月 13 日・14 日開催) では, 「地域施設通所精神障害者の身体的健康の現状と課題 —— 利用者 3 人の聞き取り調査の KJ 法分析から ——」として, 質的調査を報告している。

(にしむら のぼる 社会福祉学研究科社会福祉学専攻修士課程修了)

(指導: 漆葉 成彦 教授)

2008 年 9 月 29 日受理